

PATRÍCIA BIAVA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
PACIENTES COM HISTÓRIA DE CÂNCER ATUAL OU EM
REMISSÃO HÁ MENOS DE CINCO ANOS INTERNADOS
NAS ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HU-UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2012**

PATRÍCIA BIAVA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
PACIENTES COM HISTÓRIA DE CÂNCER ATUAL OU EM
REMISSÃO HÁ MENOS DE CINCO ANOS INTERNADOS
NAS ENFERMIARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HU-UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro.

Professora Orientadora: Prof^a. Dra. Letícia Maria Furlanetto.

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2012

Aos pacientes e ao grupo de pesquisa.

AGRADECIMENTOS

*À minha orientadora e mestre, Dra. **Letícia Furlanetto**, por todos os ensinamentos, por todo carinho e dedicação e pelo exemplo de relação médico- paciente-equipe de saúde que nos passou durante todo o período da pesquisa.*

*Aos **integrantes do grupo de pesquisa**, pelo aprendizado de trabalho em grupo e por toda contribuição para realização deste trabalho.*

*Aos **meus pais** por todo apoio, incentivo e compreensão. Em especial à minha mãe e mestre, **Lurdete**, pelas revisões textuais e, sobretudo, por todo amor e amizade.*

*Aos colegas, **Bruna Medeiros** e **Gustavo Petry** e à minha grande amiga, **Bruna Alcaire**, pela revisão e críticas.*

*Aos **meus amigos** que sempre estiveram presentes e aos que de alguma forma contribuíram para este trabalho.*

*Aos **pacientes**, pela grande troca e aprendizado.*

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes com história de câncer nos últimos cinco anos, internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

Método: Trata-se de um estudo transversal, no qual todos adultos consecutivamente admitidos nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC foram elegíveis para participar (N=7733). Após seleção por randomização (N=1683), os pacientes que não preencheram critérios de exclusão foram avaliados durante a primeira semana de internação (N=1172). Investigou-se história de câncer atual ou em remissão há menos de cinco anos por meio de entrevista e consulta ao prontuário médico para compor a amostra (N=131). Coletaram-se dados sociodemográficos e clínicos. A subescala cognitivoafetiva do Inventário Beck de Depressão (BDI-13) foi utilizada, sendo considerados como tendo “sintomas depressivos” (moderados a graves) os que pontuaram >10 no BDI-13.

Resultados: A amostra foi composta em sua maioria por mulheres (53,4%), casadas (58%), brancas (80,9%), com média de idade \pm Desvio Padrão (DP) de $53 \pm 16,59$ anos, média de escolaridade \pm DP de $5 \pm 4,36$ anos. Dos 131 pacientes, 19,8% apresentaram sintomas depressivos moderados a graves. Os sintomas cognitivos mais frequentes foram irritabilidade, choro fácil e indecisão. Entre os sintomas somáticos, os mais prevalentes foram dificuldade no trabalho, insônia e fadiga.

Conclusão: Aproximadamente um em cada cinco pacientes com história de câncer recente (<5 anos) internados na clínica médica tinham sintomas depressivos. Isso ressalta a importância da investigação da depressão nesse grupo, com destaque aos sintomas mais frequentes como irritabilidade, choro fácil, indecisão, insônia e fadiga.

Palavras-chave: Câncer; sintomas depressivos; hospital geral.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence of depressive symptoms in patients admitted to the General Medical Wards of the University Hospital of Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC) who had history of cancer in the previous five years.

Method: In a cross sectional study, all adults consecutively admitted to the General Medical Wards of the HU-UFSC were eligible (N=7733). After selection by randomization (N=1683), patients who did not meet exclusion criteria were evaluated during the first week of hospitalization (N=1172). History of current cancer or cancer in remission for less than five years was investigated by interview and analysis of medical records (N=131). Demographics and medical data were collected. The Beck Depression Inventory cognitive-affective subscale (BDI-13) was used. Patients who scored >10 in the BDI-13 were considered as having (moderate to severe) “depressive symptoms”.

Results: The sample was composed predominantly by women (53.4%), married (58%) and white (80.9%), with a mean age \pm Standard Deviation (SD) of 53 ± 16.59 years, mean level of education \pm SD of 5 ± 4.36 years. Of the 131 cancer patients, 19.8% had moderate to severe depressive symptoms. The most frequent cognitive symptoms were irritability, crying and indecision. And, the most prevalent somatic symptoms were difficulties in work, insomnia and fatigue.

Conclusion: Approximately one in five medical inpatients with a recent cancer history (<5 years) report moderate to severe depressive symptoms. That emphasizes the importance of investigating depression in this group, paying attention to the most frequent symptoms like irritability, easily crying, indecision, insomnia and fatigue.

Keywords: cancer; depressive symptoms; general hospital.

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVO.....	5
3 MÉTODOS.....	6
3.1 Desenho.....	6
3.2 Local.....	6
3.3 Amostra.....	6
3.4 Procedimentos.....	7
3.5 Método de Avaliação dos Sintomas Depressivos.....	7
3.6 Análise Estatística.....	8
3.7 Aspectos Éticos.....	8
4 RESULTADOS.....	9
5 DISCUSSÃO.....	14
6 CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS	18
NORMAS ADOTADAS.....	22
ANEXO A – FICHA DE COLETA DE DADOS.....	23
ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	24

1 INTRODUÇÃO

Comorbidades psiquiátricas são comuns em pacientes com câncer, sendo a depressão uma das mais frequentes.¹⁻³ Pesquisas recentes sugerem que pacientes com câncer têm um maior risco de desenvolver depressão⁴ e que esta, por sua vez, interfere negativamente na evolução da doença.⁵⁻⁸ A presença de sintomas depressivos em pacientes oncológicos está associada à pior percepção de saúde,⁹ maiores níveis de dor,¹⁰⁻¹² pior qualidade de vida,¹³⁻¹⁵ menor sobrevida e a um maior risco de mortalidade.⁵⁻⁸ Dessa forma, o correto diagnóstico e tratamento da depressão em pacientes oncológicos é importante não só para melhorar o prognóstico,^{16,17} mas também, e principalmente, para propiciar mais qualidade de vida a esses doentes.^{18,19} Contudo, apesar da relevância do tema, ainda existem poucos estudos no Brasil sobre esse assunto.^{9,20-22}

O câncer é uma doença prevalente e uma das mais temidas, por ter um prognóstico muitas vezes incerto e ser, portanto, uma constante ameaça à vida. O impacto do seu diagnóstico e do seu tratamento, muitas vezes desconfigurador e mutilante, tem um efeito psicológico negativo na vida dos pacientes e de seus familiares, o que os tornam mais suscetíveis a desenvolver depressão em relação à população geral.^{4,23} No entanto, deve-se lembrar que tristeza e sofrimento são respostas normais e esperadas durante o processo adaptativo à doença, por isso é necessário distinguir o que é “sofrimento normal” do que é sofrimento patológico. As síndromes depressivas, diferentemente da “tristeza normal”, apresentam-se tipicamente como um estado de humor depressivo na maior parte do dia, quase todos os dias por pelo menos duas semanas, associado à incapacidade em sentir prazer (anedonia) e à presença de vários outros sintomas, como alteração de peso e apetite, insônia ou hiperinsônia, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, dificuldade de concentração, sentimento de desvalia e de culpa excessiva e desejo de morrer. Por sua vez, as síndromes depressivas podem ter várias causas: uso de medicamentos depressogênicos, doenças físicas e, principalmente, transtornos de humor.²⁴

Assim, o diagnóstico da depressão entre pacientes oncológicos torna-se ainda mais complicado de ser feito visto que os sintomas da própria doença de base, da fase adaptativa à

nova condição física e os efeitos colaterais das medicações podem confundir ou mascarar a depressão. Como consequência, falhas no diagnóstico e manejo da depressão são frequentes,^{25,26} o que pode interferir negativamente no tratamento clínico desses pacientes, uma vez que a depressão reduz o tempo de sobrevida e aumenta as taxas de mortalidade.⁵⁻⁸ A redução dos sintomas depressivos em pacientes com câncer de mama, por exemplo, está associada à maior sobrevida.²⁷ Além disso, indivíduos deprimidos relatam piores níveis de qualidade de vida,¹³⁻¹⁵ pior percepção de saúde⁹, mais sintomas físicos como dor e fadiga,^{9,11,25,28} menores redes de apoio social,^{25,29} maior desejo de morrer²⁵ e apresentam maior risco de suicídio.²⁰ Considerando que os principais enfoques do tratamento do câncer são melhorar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes, ressalta-se a importância da atenção à saúde mental nesse grupo.

O risco de sofrimento psíquico, incluindo sintomas depressivos e ansiosos, entre esses pacientes é quase duas vezes maior que o da população geral.⁴ Muitos fatores contribuem para a elevada prevalência de sofrimento psíquico nesse grupo, como preocupações, medo de recorrência da doença e da morte, sensação de ser um fardo para os outros, isolamento social, sintomas físicos, entre outros.²⁵ A dor e a incapacitação geradas pela doença de base, assim como os efeitos colaterais das medicações, como náusea, queda de cabelos, manchas roxas na pele, contribuem para que o paciente perca sua autoconfiança e motivação, fazendo com que reviva seus conflitos psíquicos.²⁴ Diante dessa constante ameaça à integridade do corpo e da mente, assim como da autonomia física, é comum que esses doentes se sintam desmoralizados*, o que pode confundir e dificultar ainda mais diagnóstico da depressão, visto que a desmoralização também cursa com tristeza, pessimismo e inibição de ação. Mas vale lembrar que a desmoralização pode estar vinculada a maiores níveis de sofrimento psíquico: pacientes gravemente desmoralizados parecem ser mais propensos a desenvolver depressão.³⁰

Entretanto, o sofrimento psíquico depende muito das características pessoais de cada um – biológicas e psicológicas – e, por conseguinte, da maneira de lidar com a doença: boas estratégias adaptativas de enfrentamento e otimismo estão relacionados a menores níveis de sintomas depressivos ou vice-versa.^{31,32}

* Desmoralização é um construto psicológico e psicossocial que pode acontecer em situações de adversidade e limitações (doenças físicas, problemas sociais, etc). A pessoa desmoralizada tem perda da força moral, do comprometimento, da autoconfiança, da coragem e da capacidade de decisão.²⁴

Muitos estudos têm investigado a prevalência de depressão entre pacientes com câncer nas últimas décadas. Uma metanálise recente revelou que 10% dos pacientes com câncer apresentam depressão maior ou menor, segundo critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III e DSM-IV).¹ De acordo com Massie, 0 a 38% dos pacientes com câncer têm depressão maior e, em se tratando de todo espectro depressivo, essas taxas podem ser ainda maiores, variando de 0 a 58%.³³ Em trabalhos mais recentes, a prevalência de sintomas depressivos encontrada em pacientes com câncer variou de 9,1 a 66% (**Quadro 1**). Essa ampla variabilidade depende de vários fatores, como da forma de avaliação (definição de caso, instrumento, ponto de corte), do local de seleção (pacientes internados ou ambulatoriais), das características específicas da doença física avaliada e da amostra populacional estudada. No caso dos pacientes com câncer, por exemplo, os resultados podem diferir de acordo com o tipo histológico e estágio clínico da doença.^{4,34} Em relação a forma de avaliação, um paciente pode ser considerado deprimido por uma escala e não necessariamente preencher os critérios de depressão maior pelo DSM. É importante salientar que no presente trabalho não será avaliado o transtorno depressivo maior, mas sim, a presença de sintomas depressivos moderados a graves.

A despeito da vasta literatura sobre esse assunto no mundo, poucos estudos brasileiros avaliaram a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em pacientes com câncer hospitalizados. Tal conhecimento pode ser útil para alertar o médico não psiquiatra e a equipe de saúde sobre a importância do rastreamento da depressão nesses pacientes, visando detectar e tratar mais precocemente essa comorbidade.

Quadro 1 – Estudos que avaliaram a prevalência de sintomas depressivos em pacientes com câncer.

Ano	Autor (ano)	N	Local da amostra	Tipo do câncer	Instrumento	Prevalência
2011	Kim et al. ²	295	Unidade de Câncer	Vários	MDT-D >4 HADS-D ≥ 8 CES-D > 21	28,5% 37,3% 29,8%
2011	Ng et al. ¹	9248	Ambulatorial e hospitalar	Vários	DSM III e IV	10,8%
2011	Mehnert et al. ³⁰	516	Centros de tratamento e reabilitação	Vários	PHQ-9 > 9	24,2%
2010	Hinz et al. ⁴	1529	Hospitalar	Vários	HADS-D >10	18,1%
2010	Fanger et al. ²⁰	675	Hospitalar	Vários	HADS- D ≥ 8	18,3%
2010	Jadoon et al. ³⁵	150	Ambulatorial	Vários	AKUADS > 20	66%
2010	Karakoyun-Celik et al. ¹³	120	Ambulatorial	CA de mama livres de doença por mais de 12 meses	BDI>17	19,2%
2010	Cangussu et al. ⁹	71	Ambulatorial	CA de mama	BDI-SF >4	29,6%
2009	Brintzenhofe-Szoc et al. ³⁴	8265	Ambulatorial	Vários	BSI > 63	18,3%
2009	Mhaidat et al. ³⁶	208	Ambulatorial e Hospitalar	Vários	HADS ≥ 8	51,9%
2009	Alacacioglu et al. ³⁷	55	Ambulatorial	CA de mama em quimioterapia	BDI ≥17	29%
2009	Lloyd-Williams et al. ⁶	87	Serviço de cuidados paliativos em Hospital-dia	Vários	EDS>13	28,7%
2009	Lazure et al. ³⁸	34	Não informado	CA de cabeça e pescoço	HDRS>15	41,2%
2009	Martinho et al. ²¹	50	Ambulatorial	Não especificado	DSM-IV e HDRS	16%
2009	Alacacioglu et al. ¹⁴	110	Departamento de Oncologia	CA colorretal em quimioterapia	BDI ≥ 17	23,6%
2008	Grulke et al. ⁸	138	Hospitalar Pré- HSCT	CA hematológico	HADS-D	10,1%
2008	Wedding et al. ¹⁵	175	Hospitalar	Vários Pré -quimioterapia	BDI >18	9,1%
2008	Kettmann et al. ³⁹	86	Hospitalar	CA hematológico pré e pós BMT	CESD > 15 Pré-BMT CESD > 15 Pós-BMT	29,1% 27,6%
2007	Wilson et al. ²⁵	55	Serviços de cuidados paliativos	Vários	PRIME MD	20,7%

Abreviaturas

MDT-D: Modified Distress Thermometer-Depression (Termômetro de sofrimento psíquico modificado-Depressão).

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão).

HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale - Depressive symptoms (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - Sintomas depressivos).

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos).

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

AKUADS: Aga Khan University Anxiety and Depression Scale (Escala de Ansiedade e Depressão da Universidade de Khan Aga).

BDI: Beck Depression Inventory (Inventário Beck de Depressão).

PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9 (Questionário sobre a Saúde do Paciente-9).

BDI-SF: Beck Depression Inventory-Short Form (Inventário Beck de Depressão – escala reduzida ou subescala cognitiva).

BSI: Brief Symptom Inventory (Inventário Breve de Sintomas).

EDS: Edinburgh Depression Scale (Escala de Depressão de Edinburgh).

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale (Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton).

HSCT: Haematopoietic Stem Cell Transplantation (Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas).

BMT: Bone Marrow Transplantat (Transplante de Medula Óssea).

PRIME MD: Modified Version of the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Versão Modificada da Avaliação de Atenção Básica dos Transtornos Mentais).

2 OBJETIVO

Verificar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes com história de câncer atual ou em remissão há menos de cinco anos, internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

3 MÉTODOS

1.1 Desenho

Foi realizado um estudo observacional transversal.

1.2 Local

Este estudo foi desenvolvido nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

1.3 Amostra

No período de abril de 2006 a dezembro de 2011, durante os meses letivos (março a junho e agosto a novembro), todos os pacientes consecutivamente internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC foram elegíveis para participar do estudo. Nesse período, foram internados 7733 pacientes, sendo que um total de 1683 foram selecionados por randomização. Destes, 511 foram excluídos, segundo os critérios descritos a seguir. Aqueles pacientes que não preencheram os critérios de exclusão, discutidos abaixo, foram entrevistados durante a primeira semana de internação. Investigou-se, então, entre os 1172 pacientes, história de câncer atual ou de câncer em remissão há menos de cinco anos, por meio de entrevista e consulta ao prontuário médico e desses, 131 compuseram a amostra a ser estudada.

1.3.1 Critérios de Exclusão

- a) idade inferior a 18 anos;
- b) recusa a participar da entrevista;
- c) internação há mais de sete dias no momento da entrevista;

- d) incapacidade física que impossibilitasse a realização da entrevista como hipoacusia grave, prejuízo cognitivo*, dispnéia, dor intensa;
- e) causas administrativas: pacientes que não se encontravam nas enfermarias do hospital no momento da entrevista, por estarem de alta hospitalar, por transferência à UTI ou a outros hospitais ou, ainda, por terem ido realizar exames em outra instituição de saúde.

1.4 Procedimentos

Os pacientes selecionados foram informados acerca dos objetivos e da natureza do estudo. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa e que não preencheram critérios de exclusão assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e foram entrevistados durante a primeira semana de internação. Dados sociodemográficos e clínicos foram coletados por meio de entrevista e, quando necessário, por meio de consulta ao prontuário médico (**Anexo A**). Foi aplicada oralmente uma escala psicométrica para detecção dos sintomas depressivos, melhor descrita no item a seguir.

1.5 Método de Avaliação dos Sintomas Depressivos

Para avaliar a presença de sintomas depressivos, foi utilizada a versão validada em português do Inventário Beck de Depressão (BDI).⁴⁰ Embora desenvolvido inicialmente com o intuito de avaliar a gravidade da depressão em pacientes psiquiátricos adolescentes e adultos,⁴¹ atualmente, esse questionário tem sido amplamente utilizado no rastreamento de sintomas depressivos em diversas populações.

O inventário é composto por 21 itens, que abordam sintomas e atitudes relacionados à depressão (tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, etc). Cada um desses itens contém quatro frases, que permitem graduar a intensidade dos sintomas de 0-3 pontos.^{40,42} Na avaliação de pacientes com doenças físicas, entretanto, Beck e Steer sugerem usar somente os 13 primeiros itens da escala (subescala cognitivoafetiva), visto que os últimos oito itens correspondem a sintomas somáticos (subescala somática) que podem ser decorrentes da própria doença de base e não necessariamente da depressão. O ponto de corte recomendado para detectar depressão (sintomas depressivos moderados a graves) nos pacientes com doenças físicas é de dez pontos.⁴² Assim, no presente estudo foi utilizada a escala reduzida do

*Delirium e/ou demência de acordo com o DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição. Texto Revisado).

BDI (subescala cognitivoafetiva ou BDI-13), para avaliar a presença de sintomas depressivos. Aqueles pacientes que pontuaram acima de dez ($\text{BDI-13} > 10$) foram considerados deprimidos. Vale lembrar que esta versão do BDI mostrou-se válida para rastrear depressão em pacientes internados em enfermarias de clínica médica de hospitais brasileiros.⁴³

1.6 Análise Estatística

Para a análise estatística, foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0 para Windows. Para análise descritiva dos dados, foram empregados porcentagens, frequências, médias e desvios padrão.

1.7 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (número 036/06) com o título “Associação entre bem-estar, saúde física, mental e fatores psicossociais”. No projeto inicial, constava a avaliação de pacientes de postos de saúde, ambulatorios e internados. Optou-se por concentrar o estudo somente nos pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC. Por isso, foi solicitada junto ao Comitê de Ética a mudança do título para “Associação entre sofrimento psíquico, variáveis clínicas e sociais em pacientes internados devido a doenças físicas” (**Anexo B**).

Os pacientes foram esclarecidos sobre o estudo, sendo informados que em nada seria alterado em seu tratamento, caso decidissem não participar. Aqueles que concordam em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. No caso de pacientes que tinham a sua capacidade de julgamento ou de decisão prejudicada, o consentimento foi obtido com o representante legal. Contudo, o paciente também foi consultado e a avaliação só foi realizada com a sua concordância. Quando detectados pacientes com transtornos mentais sugestivos de se beneficiarem de tratamento específico, os médicos assistentes foram avisados para que os pacientes pudessem receber tratamento. Todos os dados do projeto foram guardados de forma confidencial com a coordenadora do projeto, sendo mantida em sigilo a identidade dos participantes.

4 RESULTADOS

Dos 1683 pacientes selecionados após randomização, 511 (30,3%) preencheram algum critério de exclusão. Desses, 278 (16,5%) apresentaram impossibilidade física no momento da entrevista, 101 (6%) se recusaram em participar do estudo, 106 (6,3%) foram excluídos devido a causas administrativas e 26 (1,5%) por não terem 18 anos completos.

Dos 1172 pacientes restantes, foram selecionados somente os pacientes com diagnóstico de câncer atual ou em remissão há menos de cinco anos, totalizando uma amostra de 131 pacientes (11,2%). Esses eram em sua maioria mulheres (53,4%), casadas (58%), brancas (80,9%), com média de idade \pm desvio padrão (DP) de $53 \pm 16,59$ anos, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 82 anos. A média de escolaridade \pm DP foi de $5 \pm 4,36$ anos, e a média da renda familiar \pm DP foi de $2 \pm 2,66$ salários mínimos. A **Tabela 1** detalha as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra

Característica	N (131)	%
Sexo		
Masculino	61	46,6
Feminino	70	53,4
Idade (anos)		
18 a 64	101	77,1
≥ 65	30	22,9
Estado Civil		
Solteiro (a)	20	15,3
Casado (a)/União Estável	76	58
Separado (a)	20	15,3
Viúvo (a)	15	11,5
Raça		
Branca	106	80,9
Negra	4	3,1
Parda	21	16
Escolaridade (anos)*		
0	11	8,5
1 a 4	49	37,7
5 a 8	32	24,6
> 8	38	29,2
Renda Familiar (salários mínimos)*		
< 2	27	23,1
2 a 4	66	56,4
5 a 6	12	10,3
> 6	12	10,3

* Os valores que somados não atingem o N total da amostra são decorrentes do não preenchimento completo dos dados, por desconhecimento ou recusa.

Os pacientes foram admitidos no hospital devido, principalmente, às doenças hematológicas/imunitárias (30,2%) e neoplásicas (23,3%) (**Tabela 2**). Os principais leitos das enfermarias ocupados pelos pacientes foram os da Hematologia (35,9%), Gastroenterologia (15,3%) e Pneumologia (13,7%) (**Figura 1**).

Tabela 2 – Doenças que motivaram a internação, de acordo com CID-10*

Motivo da Internação**	N (131)	%
Hematológicas/Imunitárias	39	30,2
Neoplásicas	30	23,3
Digestivas	12	9,3
Cardíacas/Circulatórias	11	8,5
Respiratórias	11	8,5
Endócrinas/Nutricionais/Metabólicas	10	7,8
Neurológicas	5	3,9
Osteomusculares	3	2,3
Mal Definidas	3	2,3
Genitourinárias	2	1,6
Infecciosas/Parasitárias	1	0,8
Pele	1	0,8
Causas Externas	1	0,8

* CID-10: Classificação Internacional de Doenças, décima revisão. ** Os valores que somados não atingem o N total da amostra são decorrentes do não preenchimento completo dos dados.

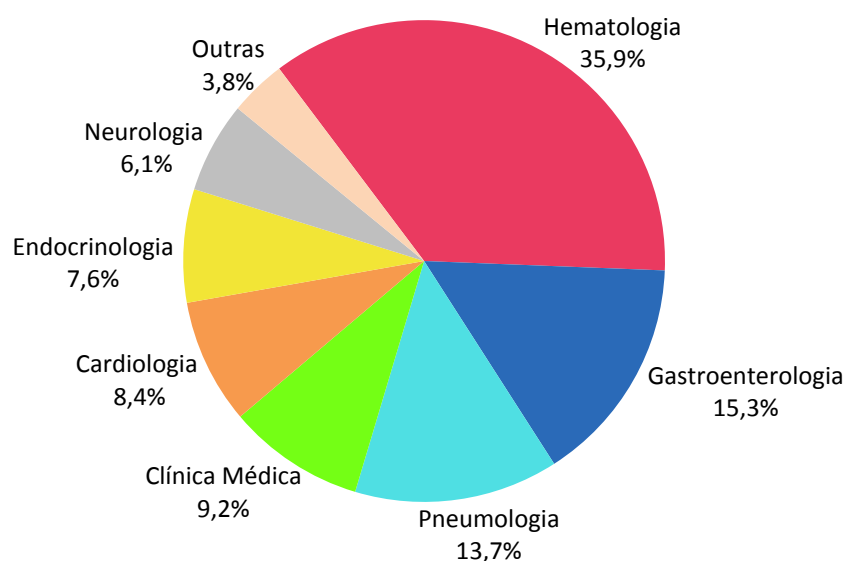


Figura 1 – Especialidades nas quais os pacientes da amostra foram internados (N=131)

De acordo com a subescala cognitivoafetiva do BDI, preconizada para este tipo de população, 19,8% dos pacientes obtiveram escores superiores a 10, sugerindo síndrome depressiva moderada a grave.

Os sintomas cognitivoafetivos mais frequentes na amostra foram “irritabilidade” (37,4%), choro fácil (25,2%) e “indecisão” (22,9%). Em relação aos sintomas somáticos, os mais frequentes foram dificuldade no trabalho (43,1%), falta de energia (42%), perda de libido (35,1%) e insônia (32,8%). A **Tabela 3** apresenta a frequência dos sintomas cognitivoafetivos e somáticos, de acordo com o BDI.

Tabela 3 – Frequência de sintomas depressivos de acordo com o BDI* (N=131)

Sintomas	Não† (%)	Sim‡ (%)
Cognitivoafetivos		
Tristeza	88,5	11,5
Desesperança	89,3	10,7
Sensação de fracasso	87,8	12,2
Anedonia	85,5	14,5
Culpa	89,3	10,7
Sentimento de punição	84,0	16,0
Autodepreciação	95,4	4,6
Autopunição	80,9	19,1
Ideação suicida	98,5	1,5
Choro fácil	74,8	25,2
Irritabilidade	62,6	37,4
Retraimento social	90,1	9,9
Indecisão	77,1	22,9
Somáticos		
Mudança na imagem corporal	78,6	21,4
Dificuldade no trabalho	56,9	43,1
Distúrbio do sono	67,2	32,8
Falta de energia	58,0	42,0
Falta de apetite	81,7	18,3
Perda de peso	71,8	28,2
Preocupação somática	72,5	27,5
Perda da libido	64,9	35,1

* BDI: Inventário Beck de Depressão.

† Não: pontuação 0 ou 1 no item em questão (ausente ou leve).

‡ Sim: pontuação 2 ou 3 no item em questão (moderado a grave).

5 DISCUSSÃO

Segundo a pesquisa aqui descrita, 19,8% dos pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário com história de câncer recente (últimos cinco anos) apresentaram sintomas depressivos moderados a graves. Irritabilidade, choro fácil e indecisão foram os sintomas cognitivoafetivos mais prevalentes na amostra estudada. Em relação aos sintomas somáticos, os mais relatados foram dificuldade no trabalho, falta de energia (ou fadiga), perda de libido e insônia.

Diversos estudos na literatura encontraram resultados semelhantes, com prevalências de sintomas depressivos girando em torno de 20%.^{4,13,14,20,25,34} A taxa de sintomas depressivos encontrada está de acordo, também, com o descrito previamente por Massie, em uma revisão de literatura.³³ Em se tratando de amostras brasileiras, uma outra pesquisa também realizada em pacientes hospitalizados mostrou uma prevalência de sintomas depressivos de 18,3%, em concordância ao demonstrado neste trabalho.²⁰

No entanto, diferentemente dos achados deste estudo, outros autores observaram prevalências menores, de até 9,1%, e maiores, alcançando taxas de até 66%.^{1,8,15,35,36} É possível que essas divergências estejam relacionadas ao modo de avaliação e às diferenças nas características amostrais. Os estudos que utilizaram critérios diagnósticos rigorosos do DSM, por exemplo, encontraram taxas de depressão mais baixas, de 10,8% e 16%.^{1,21} Por outro lado, alguns trabalhos revelaram prevalências bem maiores, de 51,9% e 66%, provavelmente por que usaram escalas diferentes, bem como também por que foram realizados em países orientais, em uma amostra culturalmente diferente da nossa.^{35,36} Outro fator relevante, que também pode ter contribuído para essas divergências, são os diversos pontos de corte utilizados nas escalas para definição de casos. Este foi provavelmente o motivo da diferença em relação ao estudo brasileiro que utilizou o BDI-13 (mesmo instrumento que usamos) e encontrou 29,6% de sintomas depressivos. Esse estudo utilizou um ponto de corte menor e por isso, possivelmente, detectou maiores taxas de sintomas depressivos.⁹

Algumas limitações desse estudo podem ser citadas: 1) As escalas permitem o rastreamento de depressão, mas não correspondem ao diagnóstico de depressão maior, realizado por especialistas. Contudo, a grande maioria dos estudos dessa área utilizam escalas, já que a simples presença de sintomas depressivos está por si só associada a um pior prognóstico⁶⁻⁸ e a uma pior qualidade de vida;¹³⁻¹⁵ 2) A amostra estudada foi composta por pacientes internados em um hospital geral, provavelmente pacientes diferentes dos encontrados em hospitais e ambulatórios especializados em oncologia; 3) No momento em que foi realizada a entrevista, alguns pacientes estavam em investigação diagnóstica, de tal forma que a amostra pode não ter incluído todos os pacientes com câncer; 4) Os sintomas depressivos podem se sobrepor àqueles causados pela doença oncológica, dificultando a identificação de depressão nesse grupo.

Alguns sintomas físicos comuns em pacientes com câncer, como fadiga e insônia, são também comuns em quadros depressivos.²⁴ A fadiga, por exemplo, um dos sintomas somáticos mais prevalentes na amostra estudada, pode ser consequência da própria neoplasia (anemia, febre, plaquetopenia, hipoxemia, estado consuptivo), dos efeitos colaterais do tratamento (medicamentos, quimioterapia, radioterapia) e/ou da depressão. Provavelmente a depressão, quando presente, atua em conjunto com as outras condições, agravando a percepção dos sintomas físicos. A fadiga em pacientes com câncer está associada não só aos níveis de hemoglobina, mas também aos distúrbios de humor.⁴⁴ Os pacientes com doença de Hodgkin que estão deprimidos, por exemplo, apresentam um maior risco de ter fadiga.⁴⁵ Assim, é possível que o tratamento da depressão possa auxiliar não só no controle dos sintomas cognitivos, mas também dos físicos. De forma semelhante, alguns sintomas cognitivos da depressão podem ser desencadeados ou agravados por outras condições. A irritabilidade presente em 37,4% dos pacientes avaliados na amostra, por exemplo, pode ter sido intensificada ou ocasionada por medicações - como corticosteróides, bastante utilizados neste grupo de pacientes.

Tendo em vista a elevada prevalência de sintomas depressivos nesse grupo, ressalta-se a importância de o médico assistente ficar atento às alterações de humor nos pacientes com história de câncer recente, para que não deixe de diagnosticar e de tratar a depressão ainda durante a internação, período de maior contato e vínculo dos doentes com a equipe de saúde. O correto manejo da depressão pode interferir no prognóstico da doença física, uma vez que a diminuição dos sintomas depressivos em pacientes com câncer parece aumentar o tempo de

sobrevida.²⁷ Além disso, pacientes com sintomas depressivos relatam maior insatisfação com o tratamento recebido e com a relação médico-paciente e, também, maior necessidade de apoio psicossocial e de assistência para lidar com problemas físicos e emocionais.²⁸ Assim, é possível que intervenções multidisciplinares - medicamentosas e psicossociais – resultem em melhorias não só da comorbidade psiquiátrica, mas também do prognóstico da doença física e da qualidade de vida desses indivíduos.

Há que se ter, todavia, cautela para não superdiagnosticar a depressão, visto que muitos sintomas depressivos podem ser apenas o reflexo dos aspectos clínicos e emocionais que norteiam o próprio câncer: efeitos colaterais do tratamento, dificuldade em se alimentar, constipação, dor intensa e angústia em relação à própria finitude. Essas condições podem levar a sintomas depressivos como irritabilidade, insônia, choro fácil e desejo de morrer, sem que isso represente algum transtorno de humor. Diante desses sintomas depressivos, deve-se, portanto, em primeiro lugar, investigar se existe uma causa orgânica que os explique totalmente (como dor não controlada). O desejo de morrer, por exemplo, pode ser causado unicamente pela vontade de aliviar o sofrimento intenso provocado pela dor. Além disso, é importante verificar se o paciente possui um suporte psicossocial adequado: os pacientes, às vezes, precisam apenas de um espaço maior para tirar suas dúvidas e expressar seus medos e angústias em relação à doença. Por isso a importância de a equipe de saúde avaliar e tratar os pacientes como um todo, já que o físico e o mental caminham juntos, e o correto manejo tanto de um quanto do outro são necessários para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida desses pacientes.

6 CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas depressivos em pacientes com história de câncer atual ou em remissão há menos de cinco anos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina foi de 19,8%. Irritabilidade, choro fácil e indecisão foram os sintomas cognitivoafetivos mais frequentes. Em relação aos sintomas somáticos, dificuldade no trabalho, falta de energia, perda de libido e insônia foram os sintomas mais relatados por esses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ng CG, Boks MP, Zainal NZ, de Wit NJ. The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *J Affect Disord.* 2011;131(1-3):1-7.
2. Kim SJ, Rha SY, Song SK, Namkoong K, Chung HC, Yoon SH, et al. Prevalence and associated factors of psychological distress among Korean cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011;33(3):246-52.
3. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA.* 1983;249(6):751-7.
4. Hinz A, Krauss O, Hauss JP, Hockel M, Kortmann RD, Stolzenburg JU, et al. Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *Eur J Cancer Care.* 2010;19(4):522-9.
5. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2010;40(11):1797-810.
6. Lloyd-Williams M, Shiels C, Taylor F, Dennis M. Depression--an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *J Affect Disord.* 2009;113(1-2):127-32.
7. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer.* 2009;115(22):5349-61.
8. Grulke N, Larbig W, Kachele H, Bailer H. Pre-transplant depression as risk factor for survival of patients undergoing allogeneic haematopoietic stem cell transplantation. *Psychooncology.* 2008;17(5):480-7.
9. Cangussu R. Depressive symptoms in breast cancer: Beck Depression Inventory –Short Form J Bras Psiquiatr 2010;59(2):106-110. 2010.
10. Tavoli A, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Melyani M. Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. *BMC Cancer.* 2008;8:177.
11. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology.* 2001;10(2):156-65.
12. Spiegel D. Cancer and depression. *Br J Psychiatry Suppl.* 1996;(30):109-16.
13. Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol.* 2010;27(1):108-13.
14. Alacacioglu A, Binicier O, Gungor O, Oztop I, Dirioz M, Yilmaz U. Quality of life, anxiety, and depression in Turkish colorectal cancer patients. *Support Care Cancer.* 2009;18(4):417-21.

15. Wedding U, Koch A, Rohrig B, Pientka L, Sauer H, Hoffken K, et al. Depression and functional impairment independently contribute to decreased quality of life in cancer patients prior to chemotherapy. *Acta Oncol.* 2008;47(1):56-62.
16. Andersen BL, Yang HC, Farrar WB, Golden-Kreutz DM, Emery CF, Thornton LM, et al. Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial. *Cancer.* 2008;113(12):3450-8.
17. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(9):681-9.
18. Thornton LM, Andersen BL, Schuler TA, Carson WE, 3rd. A psychological intervention reduces inflammatory markers by alleviating depressive symptoms: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Psychosom Med.* 2009;71(7):715-24.
19. Carlson LE, Bultz BD. Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:8.
20. Fanger PC, Azevedo RC, Mauro ML, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, et al. Depression and suicidal behavior of cancer inpatients: prevalence and associated factors. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(2):173-8.
21. Martinho. Prevalence of the depressive symptoms in cancer patients in the clinic of the Hospital Set of Sorocaba. *Rev Bras Clin Med.* 2009;7:304-8.
22. Matos e Souza FG. Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama *Rev psiquiatr clín* 2000;27(4):207-14.
23. Braun M, Mikulincer M, Rydall A, Walsh A, Rodin G. Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *J Clin Oncol.* 2007;25(30):4829-34.
24. Furlanetto LM, Brasil MA. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(1):8-19.
25. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, et al. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33(2):118-29.
26. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer.* 2001;84(8):1011-5.
27. Giese-Davis J, Collie K, Rancourt KM, Neri E, Kraemer HC, Spiegel D. Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *J Clin Oncol.* 2011;29(4):413-20.
28. Shim EJ, Shin YW, Jeon HJ, Hahm BJ. Distress and its correlates in Korean cancer patients: pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psychooncology.* 2008;17(6):548-55.

29. Nausheen B, Kamal A. Familial social support and depression in breast cancer: an exploratory study on a Pakistani sample. *Psychooncology*. 2007;16(9):859-62.
30. Mehnert A, Vehling S, Hocker A, Lehmann C, Koch U. Demoralization and depression in patients with advanced cancer: validation of the German version of the demoralization scale. *J Pain Symptom Manage*. 2011;42(5):768-76.
31. Zenger M, Glaesmer H, Hockel M, Hinz A. Pessimism predicts anxiety, depression and quality of life in female cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*. 2011;41(1):87-94.
32. Prasertsri N, Holden J, Keefe FJ, Wilkie DJ. Repressive coping style: relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer outpatients. *Lung Cancer*. 2011;71(2):235-40.
33. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;(32):57-71.
34. Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*. 2009;50(4):383-91.
35. Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA, Choudhry ZS. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2010;10:594.
36. Mhaidat NM, Alzoubi KH, Al-Sweedan S, Alhusein BA. Prevalence of depression among cancer patients in Jordan: a national survey. *Support Care Cancer*. 2009;17(11):1403-7.
37. Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Yilmaz U. Quality of life, anxiety and depression in Turkish breast cancer patients and in their husbands. *Med Oncol*. 2009;26(4):415-9.
38. Lazure KE, Lydiatt WM, Denman D, Burke WJ. Association between depression and survival or disease recurrence in patients with head and neck cancer enrolled in a depression prevention trial. *Head Neck*. 2009;31(7):888-92.
39. Jenks Kettmann JD, Altmaier EM. Social support and depression among bone marrow transplant patients. *J Health Psychol*. 2008;13(1):39-46.
40. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29(4):453-7.
41. Beck AT, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. . An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
42. Beck AT. Beck Depression Inventory Manual. San Antonio: Psychological Corporation. 1993.
43. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord*. 2005;86(1):87-91.

44. Romito F, Montanaro R, Corvasce C, Di Bisceglie M, Mattioli V. Is cancer-related fatigue more strongly correlated to haematological or to psychological factors in cancer patients? *Support Care Cancer*. 2008;16(8):943-6.
45. Loge JH, Abrahamsen AF, Ekeberg, Kaasa S. Fatigue and psychiatric morbidity among Hodgkin's disease survivors. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19(2):91-9.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 16 de junho de 2011.

ANEXO A

FICHA DE COLETA DE DADOS

Excluído?

- ☐ Causa administrativa ☐ Impossibilidade física ☐ Recusa
☐ Idade inferior a 18 anos ☐ Internado há mais de 7 dias

1. Nome:..... **2. Número prontuário:**.....

3. Motivo de Internação (CID-10):..... **4. Leito:**.....

5. Sexo: ☐ masc. ☐ fem.

6. Idade:..... anos

7. Renda familiar:..... salários mínimos

8. Escolaridade:..... anos

9. Especialidade:

- ☐ Cardiologia ☐ Clínica Médica
☐ Endocrinologia ☐ Gastroenterologia
☐ Hematologia ☐ Neurologia
☐ Pneumologia ☐ outra

10. Raça:

- ☐ Branca ☐ Negra
☐ Parda ☐ Amarela

11. Estado civil:

- ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a)/união estável
☐ Viúvo(a) ☐ Separado(a)/divorciado(a)

Data entrevista:...../...../.....

12. BDI:

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
Subtotal	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
Total	

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP SH

Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 036/06

I – Identificação:

Data de entrada no CEP: 02/03/2006

Título do Projeto: Associação Entre Bem estar, Saúde Física, Mental e Fatores Psicossociais.

Pesquisador Responsável: Letícia Maria Furlanetto

Pesquisador Principal: -

Propósito: Pesquisa acadêmica.

Instituição onde se realizará: Hospital Universitário – Ufsc.

II- Objetivos: Geral: Verificar a relação entre a sensação de bem estar e a presença de doenças físicas e/ou mentais, de apoio social e fatores ambientais, em indivíduos atendidos no ambulatório de um hospital geral ou internados em enfermarias de clínica médica deste hospital.

Específicos: - O grau de bem estar sentido, de acordo com o local da avaliação;

- A prevalência de sintomas depressivos, sintomas ansiosos, ideação suicida, fumo e dependência do álcool;

- Frequência do uso de psicotrópicos, tais como os benzodiazepínicos e antidepressivos;

- A associação entre sofrimento psíquico, fatores sociais e doenças físicas;

- Os fatores que mais influem no bem estar dos indivíduos, de acordo com o local da avaliação.

III- Sumário do Projeto: Serão recrutados 900 sujeitos, maiores de 18 anos, sendo que 450 atendidos nos ambulatórios de clínica médica do HU-UFSC e 450 internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC. Através de entrevistas e dados dos prontuários, serão preenchidos questionários descritos no projeto. Também serão registrados, através do arquivo médico, mortes durante a internação, tempo e número de internações após a entrevista. Nos dois grupos está descrita a maneira como os sujeitos serão randomizados. As variáveis serão analisadas estatisticamente pelo SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v.10.

IV- Comentários: Esta pesquisa está delineada como observacional transversal e observacional prospectiva, do tipo coorte e está bem escrita, com objetivos claros e exequíveis. A pesquisadora tem um currículo que demonstra sobejamente a competência para a proposta e tem clara relevância científica e social. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está adequadamente escrito, com endereçamento tanto ao paciente quanto ao responsável, quando for o caso.

V- Parecer: Pelo exposto, somos de parecer que o presente projeto e o TCLE sejam aprovados por este Comitê.


Aprovado (x)

VI- Data da Reunião

Florianópolis, 27 de março de 2006

ADENDO – Solicita mudança de título de “Associação Entre Bem estar, Saúde Física, Mental e Fatores Psicossociais” para **Associação entre sofrimento psíquico, variáveis clínicas e sociais em pacientes internados devido a doenças físicas**. Além disso, solicita readequação do cronograma em virtude da menor possibilidade de recrutamento dos sujeitos da pesquisa. Somos de parecer favorável à mudança de título do projeto e à prorrogação do cronograma até o final do primeiro semestre de 2012.

O parecer dos relatores foi aprovado em reunião do Comitê em 27 de Abril de 2009.



Prof^o Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP SH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____